

L'assistance médicale à la procréation en France en 2010

Dossier de presse

Mars 2010

SOMMAIRE

Communiqué de synthèse	page 3
PARTIE I – AMP : ce qu’il faut retenir	page 5
Fiche 1 - L’AMP : une réponse possible à l’infertilité	page 6
Fiche 2 - L’AMP : à chaque couple son parcours	page 8
Fiche 3 - Améliorer la prise en charge des couples dans leurs parcours d’AMP: une mission prioritaire pour l’Agence de la biomédecine	page 10
Fiche 4 - Les 10 questions les plus fréquemment posées sur l’AMP par les couples	page 12
PARTIE II – Vivre l’AMP au sein d’un couple : entre doutes et espoir	page 14
Fiche 1 - L’AMP : une épreuve physique et psychologique pour le couple	page 15
Fiche 2 - AMP : la vie du couple au quotidien	page 18
PARTIE III – AMP : une prise en charge qui peut faire appel à la solidarité	page 20
Fiche 1 - Quels sont les couples qui ont besoin d’un don de spermatozoïdes ou d’ovocytes ?	page 21
Fiche 2 - Profils de donneurs : qui peut donner pour aider des couples infertiles et comment ?	page 23
Fiche 3 - Un nouveau dispositif d’information pour promouvoir le don de gamètes	page 25

Contact presse

Emilie Geoffroy-Ponson /i&e pour l’Agence de la biomédecine
01 56 03 13 15 – egeoffroy@i-e.fr

Toutes les informations sont disponibles sur : www.agence-biomedecine.fr/presse

Paris le 2 mars 2010

Communiqué de synthèse

Dans le cadre de sa mission d'information, l'Agence de la biomédecine poursuit en 2010 une action pédagogique sur l'assistance médicale à la procréation avec comme objectif de développer une connaissance juste et précise de cette activité. Elle souhaite également inscrire le don de spermatozoïdes et d'ovocytes comme composante à part entière de l'AMP et informer sur ces dons méconnus qui permettent chaque année à des couples d'être parents.

L'Agence de la biomédecine met l'accent en 2010 sur les principales idées reçues sur l'AMP, le parcours des couples, le vécu des hommes et des femmes ainsi que leur vie au quotidien. Elle lance aussi un dispositif d'information sur le don de spermatozoïdes et d'ovocytes auprès des professionnels de santé et sur internet.

L'AMP : une réponse possible à l'infertilité

On estime qu'un couple sur sept consulte un médecin au moins une fois pour des difficultés à concevoir un enfant et qu'un couple sur dix suit des traitements pour remédier à son infertilité.

La fertilité chez l'homme et chez la femme peut être affectée par de multiples facteurs. Faible production de spermatozoïdes, anomalies de l'ovulation ou de l'appareil reproducteur, mode de vie (tabac, excès d'alcool...), maladies génétiques mais aussi l'âge du couple peuvent avoir un impact sur la fertilité et amener le couple à consulter. Face à la multiplicité des facteurs et à la situation propre à chaque couple, l'Agence de la biomédecine souhaite apporter une information pédagogique sur les possibilités qu'offre l'AMP et sur l'évolution de la prise en charge des patients vers plus de sécurité et de personnalisation des soins.

Les causes d'infertilité constatées parmi les couples en démarche d'AMP sont autant d'origine féminine que masculine. Très souvent, on constate des motifs d'infertilité chez les deux membres du couple.

Mieux informer sur l'AMP et lutter contre les idées reçues

L'Agence de la biomédecine souhaite revenir cette année sur un certain nombre d'idées reçues persistantes afin de donner des réponses fiables et complètes au grand public. L'objectif est de mieux faire comprendre l'AMP, ses réelles possibilités et la prise en charge des couples.

- **« L'AMP permet d'avoir des enfants à n'importe quel âge ».**

Faux : « l'AMP n'est pas une baguette magique »

La fertilité baisse naturellement avec l'âge chez les femmes et chez les hommes. En AMP, on note après 40 ans une diminution des chances de grossesses après insémination intra-utérine et FIV et une augmentation des fausses couches- liées à l'âge.

- **« Le parcours en AMP est le même pour tout le monde ».**

Faux : « l'AMP est une médecine personnalisée dont la mise en œuvre dépend de la situation et de l'histoire de chaque couple »

Une fois le bilan d'infertilité réalisé et le diagnostic posé, le médecin propose au couple un parcours d'AMP qui lui correspond. Il leur apporte une réponse personnalisée qui prend en compte les résultats de leur bilan mais aussi leur situation et leur histoire. Cette idée reçue rejoint celle qui compare l'efficacité des techniques d'AMP entre elles. Le choix d'une technique d'AMP (insémination artificielle, fécondation in vitro classique, fécondation in vitro avec micro-injection d'un spermatozoïde dans l'ovocyte) dépend de la cause de fertilité du couple et de son histoire. C'est la raison pour laquelle un bilan médical, concernant à la fois l'homme et la femme, est systématiquement réalisé avant toute décision d'AMP.

Soutenir les couples en AMP dans leur parcours

L'AMP n'est pas une simple affaire de technique ou de laboratoire. C'est une médecine qui met en jeu des histoires de couple. Si le couple ressent une douleur commune lors de l'annonce de l'infertilité, celle-ci ne se manifeste pas de la même façon que l'on soit un homme ou une femme. L'AMP est une situation rare en médecine dans laquelle on peut traiter une personne pour la pathologie de l'autre. Quelle que soit la pathologie d'origine, c'est la femme qui reçoit les traitements. L'homme peut, quant à lui, se sentir isolé ou à l'écart dans le parcours d'AMP, les femmes étant au cœur des techniques médicales mises en oeuvre. Il se perçoit comme un "simple" pourvoyeur de spermatozoïdes. Qu'il soit ou non responsable de l'infertilité du couple, il se sent souvent coupable de faire subir les différents traitements médicaux à sa conjointe. Un soutien psychologique peut s'avérer nécessaire pour les couples en parcours d'AMP notamment pour les aider à gérer leur quotidien souvent bouleversés par les traitements (vie sexuelle, affective, relation au travail etc...). En aucun cas il ne peut remettre en cause le parcours d'AMP du couple.

Un nouveau dispositif d'information pour promouvoir le don de gamètes



Dans son nouveau dispositif d'information sur le don de spermatozoïdes et d'ovocytes, l'Agence a choisi de s'adresser en priorité aux parents de jeunes enfants qui ont pu expérimenter récemment l'impatience, voire la crainte de ne pas pouvoir être parents. Pour sensibiliser ce public au don, l'Agence de la biomédecine a transmis début février 2010 aux gynécologues et aux pédiatres une affiche signée « Parfois, le désir d'enfants ne suffit pas pour être parents » qu'ils peuvent apposer dans leur salle d'attente.

L'affiche renvoie sur les sites d'informations sur le don de gamètes : www.dondespermatozoïdes.fr, www.dondovocytes.fr et vers le numéro vert gratuit 0 800 541 541 où des télé-conseillers répondent aux questions du public du lundi au vendredi de 8h à 20h et le samedi de 9h à 12h et de 14h30 à 18h.

Des bannières sont également diffusées sur des sites fréquentés par des jeunes parents. En 2007, 6 % des tentatives d'AMP ont fait appel à un don de gamètes dont 90% sont réalisées à partir d'un don de spermatozoïdes. Pour le don de spermatozoïdes, le recrutement de nouveaux donneurs d'origines diverses est essentiel pour attribuer à chaque couple le donneur qui lui correspond. Pour le don d'ovocytes, il aurait fallu 700 donneuses pour répondre aux besoins des couples pris en charge

Contacts presse : Emilie Geoffroy-Ponson/i&e pour l'Agence de la biomédecine 01 56 03 13 15 - egeoffroy@i-e.fr
Toutes les informations sont disponibles sur : www.agence-biomedecine.fr/presse

PARTIE I

« AMP : CE QU'IL FAUT RETENIR »

Fiche 1 - L'AMP : une réponse possible à l'infertilité

On estime qu'un couple sur sept consulte un médecin au moins une fois pour des difficultés à concevoir un enfant et un couple sur dix suit des traitements pour remédier à son infertilité. La fertilité peut être affectée par de multiples facteurs. Faible production de spermatozoïdes, anomalies de l'ovulation ou de l'appareil reproducteur, mode de vie (tabac, excès d'alcool...), maladies génétiques mais aussi l'âge du couple peuvent avoir un impact sur la fertilité et amener le couple à consulter.

Face à la multiplicité des facteurs pouvant engendrer une infertilité et à la situation propre à chaque couple, l'Agence de la biomédecine souhaite apporter une information pédagogique sur les possibilités qu'offre l'AMP et sur l'évolution de la prise en charge des patients vers plus de sécurité et de personnalisation des soins.

Quelles sont les principales causes de l'infertilité ?

- **Les causes d'infertilité physiques ou pathogènes**

Pour qu'il y ait fécondation naturelle, il faut un nombre suffisant de spermatozoïdes fonctionnels chez l'homme, une ovulation de bonne qualité chez la femme et la possibilité d'une rencontre entre les spermatozoïdes et l'ovocyte sans obstacle. Lorsque ces conditions ne sont pas réunies, des couples font face à des problèmes d'infertilité. Les causes constatées parmi les couples en démarche d'assistance médicale à la procréation (AMP) sont autant d'origine féminine que masculine. Très souvent, on constate des motifs d'infertilité chez les deux membres du couple.

Par exemple, chez la femme, l'infertilité peut être liée à une obstruction des trompes (ce qui empêche la rencontre entre l'ovocyte et les spermatozoïdes), à un trouble de l'ovulation et/ou à une anomalie au niveau de l'utérus. Chez l'homme, l'infertilité peut être due à des anomalies des spermatozoïdes ayant des caractéristiques anormales. S'ils sont trop peu nombreux, trop peu mobiles ou d'aspect trop atypique, ils auront du mal à cheminer dans l'utérus puis dans les trompes ou à féconder l'ovocyte.

- **L'infertilité liée à l'âge**

La fertilité baisse naturellement avec l'âge que ce soit chez la femme ou chez l'homme. Face à cette réalité se pose la question d'informer les couples sur la baisse de la fertilité avec l'âge et sur les réels recours qu'offre l'AMP.

Avec un fort désir de grossesse du couple, la probabilité mensuelle d'obtenir naturellement une grossesse est de 25 % si la femme a 25 ans, de 12 % si elle a 35 ans et seulement de 6 % à 42 ans. 60 % des couples dont la femme est âgée de 25 ans et ayant des rapports réguliers auront conçu naturellement au bout de 6 mois, 80 % au bout d'un an et 90 % au bout de 2 ans. Ces chiffres sont à diviser par deux pour un âge féminin de 35 ans et par 4 à 42 ans¹. En parallèle, l'impact de l'âge masculin sur les chances de conception est également désormais reconnu. Ainsi, si 78 % des hommes conçoivent dans les 6 mois lorsqu'ils sont âgés de moins de 25 ans, ils ne sont plus que 58 % à le faire au-delà de 35 ans.

La méconnaissance de cette réalité peut parfois faire croire à tort aux couples que l'AMP sera le remède efficace à leur infertilité. On note après 40 ans une diminution des chances de grossesses après insémination artificielle et fécondation in vitro (FIV), et une augmentation des fausses-couches liées notamment à l'âge masculin. Pour la fécondation in vitro, les taux d'accouchement ne sont que de 12 % à 38 ans, de 9 % à 40 ans et de 6 % à 42 ans.

- **Parfois l'infertilité reste inexplicée**

Dans 10 à 20 % des cas, l'infertilité chez le couple reste inexplicée. Cela ne veut pas dire pour autant que l'infertilité est liée à un problème psychique mais que le bilan réalisé ne révèle aucune cause évidente à l'infertilité compte tenu des connaissances actuelles en la matière.

¹ Avis du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine. « Comment informer sur la baisse de fertilité avec l'âge ? » Séance du vendredi 10 juillet 2009. Délibération n°2009-CO-19.

À quel moment s'inquiéter et consulter un médecin ?

La première consultation d'infertilité est théoriquement recommandée après deux ans de rapports réguliers quand aucun élément ne fait craindre une cause physique à l'infertilité du couple. Ainsi, la probabilité pour chaque couple de concevoir naturellement pendant les deux premières années est très forte. La règle des deux ans n'est pas absolue et elle varie selon la situation de chaque couple. Elle s'appliquera par exemple à un jeune couple sans antécédents particuliers personnels ou familiaux d'infertilité. En revanche, si l'un des conjoints a une maladie, si la femme a plus de 35 ans (âge à partir duquel la fertilité féminine diminue fortement), ou s'il y a des antécédents familiaux d'infertilité connus, il est recommandé de consulter plus rapidement.

L'interlocuteur privilégié du couple reste le gynécologue (ou le médecin traitant) qui, selon sa situation, prescrit des tests afin d'établir un diagnostic. Vient alors le temps d'exploration : des examens, simple d'abord (spermogramme, courbe de température, test d'ovulation, échographie...) puis plus sophistiqués si le médecin le juge nécessaire sont réalisés sur le couple afin de diagnostiquer les causes de l'infertilité. Le médecin va ensuite proposer au couple une prise en charge adaptée à son cas : des traitements médicaux, chirurgicaux ou une assistance médicale à la procréation. Si une AMP est envisagée, les premiers entretiens entre le couple et l'équipe pluridisciplinaire du centre d'AMP ont pour objectif de déterminer la meilleure prise en charge du couple face à son cas particulier et d'informer celui-ci. Suite aux recommandations de l'équipe médicale, le couple dispose d'un mois de réflexion pour accepter ou non la proposition de traitement et commencer concrètement la procédure d'AMP. L'insémination artificielle et la fécondation in vitro sont les traitements en AMP les plus couramment réalisés.

À quels couples peut-on proposer une AMP ?

La loi de bioéthique du 6 août 2004 stipule que la mise en oeuvre de l'AMP est indiquée lorsque le couple en âge de procréer se trouve face à une infertilité médicalement constatée ou pour éviter la transmission d'une maladie grave à l'enfant ou à l'un des membres du couple. Le couple (un homme et une femme) doit être marié ou en mesure de justifier d'au moins deux ans de vie commune. Les deux membres du couple doivent être en vie.

Halte aux idées reçues !

« L'AMP permet d'avoir des enfants à n'importe quel âge ».

Faux. Les grossesses tardives (au-delà de 38-40 ans) sont devenues depuis une vingtaine d'années une réalité. En 2004, en France, 28 600 naissances ont eu lieu chez des femmes âgées de plus de 40 ans soit 4 fois plus qu'en 1980². Cependant, la fertilité diminue avec l'âge chez les femmes et chez les hommes. Aujourd'hui, beaucoup de femmes s'estiment légitimement "jeunes dans la vie", alors qu'elles sont déjà "âgées pour la reproduction". Selon le Dr Joëlle Bellaisch-Allart, « Les femmes pensent qu'elles peuvent procréer jusqu'à la fin de leurs règles et les hommes pensent qu'ils ne sont pas ou peu concernés par la baisse de la fertilité. C'est faux. Après 40 ans, un tiers des femmes qui le souhaitent n'aura pas d'enfants. Les femmes confondent règles et fertilité. La chute de la fertilité est bien réelle chez les hommes même si la baisse est significative à partir de 45 ans. ».

² Institut national d'études démographiques (Prioux, 2005)

Fiche 2 - AMP : à chaque couple son parcours

Les solutions proposées à un couple infertile dépendent de son histoire, de sa situation globale et de ce qu'il souhaite. Il n'y a pas de parcours d'AMP systématique mais une réponse personnalisée qui prend en compte les résultats du bilan d'infertilité et la situation particulière de chaque couple. Le croisement de ces différents critères permet aux équipes pluridisciplinaires des centres d'AMP de proposer une solution, discutée collégialement, et adaptée à chaque couple.

Une prise en charge personnalisée des couples par les équipes pluridisciplinaires

On estime à plus de 25 ou 30 000 le nombre de couples s'adressant chaque année aux centres d'AMP. Les couples sont pris en charge par des équipes médicales pluridisciplinaires composées notamment : de cliniciens gynécologues-obstétriciens, d'urologues, de biologistes (responsables de toute la partie réalisée au laboratoire), de psychologues susceptibles d'accompagner les couples dans leur projet parental et d'autres spécialistes chaque fois que nécessaire selon les besoins du couple.

Les couples rencontrent l'équipe médicale pluridisciplinaire du centre d'AMP qui les informe sur leur bilan d'infertilité et leur fournit toutes les informations sur leur prise en charge. Le bilan d'infertilité permet d'évaluer le délai souhaitable pour la prise en charge, les chances de conception naturelle, le taux de succès escompté après AMP et les éventuels risques des différents traitements. Après l'étude du dossier d'infertilité du couple, l'équipe pluridisciplinaire propose au couple un parcours d'AMP adapté et personnalisé tenant compte de son âge et de la durée l'infertilité.

Cette étape est un préalable nécessaire avant la mise en œuvre de l'AMP afin que le couple puisse prendre de façon libre et éclairée la décision qu'il juge la meilleure pour lui. Lors de ce premier entretien, l'équipe pluridisciplinaire leur remet le « Guide de l'assistance médicale à la procréation » rappelant notamment : les dispositions législatives et réglementaires en matière d'AMP et d'adoption, le descriptif des différentes techniques d'AMP et l'organisation pratique de la vie quotidienne.



Quelle assistance médicale à la procréation pour quelle indication ?

L'**insémination artificielle** est proposée au couple lorsqu'il fait face à des problèmes d'infertilité inexplicés ou lorsque la femme est atteinte d'une anomalie du col de l'utérus pouvant faire obstacle au passage des spermatozoïdes lorsque l'homme souffre d'une anomalie modérée de la qualité du sperme ou plus rarement d'un problème d'éjaculation.

La **fécondation in vitro** est indiquée lorsque le sperme est de mauvaise qualité ou que la femme présente une anomalie empêchant la rencontre des spermatozoïdes et de l'ovocyte, par exemple une anomalie au niveau des trompes.

Si l'homme présente une infertilité plus sévère affectant le nombre, la mobilité et/ou la morphologie des spermatozoïdes, l'équipe pluridisciplinaire propose au couple une fécondation in vitro avec micro-injection d'un spermatozoïde dans l'ovocyte (ICSI). Cette thérapeutique est également proposée aux hommes atteints d'une maladie grave pouvant être transmise à leur conjointe ou à l'enfant à naître, ainsi qu'aux couples présentant une infertilité inexplicée après échec des autres techniques d'AMP.

Le couple peut faire appel à un **don de spermatozoïdes** lorsque l'homme souffre d'une absence de production de spermatozoïdes, lorsqu'il est susceptible de transmettre une maladie héréditaire grave pour laquelle il n'existe pas de diagnostic prénatal fiable ou que le couple renonce à ce diagnostic ou encore en cas d'infection virale.

Un **don d'ovocytes** est proposé au couple lorsque la femme n'a pas d'ovaires ou d'ovocytes fonctionnels et qu'elle présente une insuffisance ovarienne prématurée (d'origine génétique, chirurgicale ou secondaire à une chimiothérapie ou une radiothérapie anticancéreuse) ou est atteinte d'une maladie héréditaire grave qu'elle ne veut pas transmettre et pour laquelle il n'existe pas de diagnostic prénatal fiable.

Une information de référence sur l'AMP disponible en continu

Tout au long de l'année 2010, l'Agence de la biomédecine poursuit le déploiement de son dispositif d'information sur l'AMP. Initié en 2008, ce dispositif a pour vocation d'informer le public sur l'AMP de manière générale et d'inscrire le recours au don de gamètes comme une composante à part entière de l'AMP.

L'Agence de la biomédecine met à disposition du public un site Internet de référence : **www.procreationmedicale.fr**.

Il est destiné aux couples rencontrant des difficultés à procréer, depuis les premières étapes de diagnostic jusqu'au terme d'un parcours d'AMP, fructueux ou infructueux. Il propose une approche à la fois médicale et humaine de ce parcours, avec notamment :

- Un guide d'information sur l'AMP à télécharger ;
- Des animations et schémas pour expliquer les problèmes d'infertilité et la prise en charge des couples pour y remédier ;
- Des conseils sur la vie du couple au quotidien ;
- Des vidéos d'experts et des témoignages de couples.



Deux autres sites internet thématiques sont à la disposition des personnes qui souhaiteraient s'informer sur le don de gamètes : **www.dondespermatozoides.fr** et **www.dondovocytes.fr**

Des guides d'informations dédiés aux dons sont téléchargeables sur chacun de ces sites et peuvent être commandés gratuitement via le numéro vert 0 800 541 541 où des télé-conseillers répondent aux questions du public.

Halte aux idées reçues !

« L'ICSI est une technique plus efficace que la FIV classique ».

Faux. Les résultats de l'ICSI sont légèrement supérieurs à ceux de la FIV classique, mais ce n'est pas dû à la technique. Cela est lié au fait que l'ICSI concerne une population de couples infertiles différente, dans laquelle les femmes sont en moyenne plus jeunes et n'ont, dans la plupart des cas, aucun problème personnel de fertilité. L'ICSI concerne en effet en majorité des couples dans lesquels il existe un problème d'infertilité masculine.

Fiche 3 - Améliorer la prise en charge des couples dans leurs parcours d'AMP: une priorité pour l'Agence de la biomédecine

L'Agence de la biomédecine a pour mission d'améliorer la prise en charge des couples en AMP en leur offrant un parcours de soins de qualité. Dans ce cadre, l'Agence de la biomédecine a développé des outils qui lui permettront d'évaluer les pratiques, de disposer de données plus précises sur l'activité d'AMP en France. Elle propose également des règles de bonnes pratiques qu'elle élabore avec les professionnels. La mise en place d'un rapport d'activité, du registre national des FIV et de l'AMP vigilance permet de collecter des informations essentielles afin d'améliorer la sécurité et la qualité des pratiques au bénéfice des couples.

L'AMP en France : une activité placée sous le signe de la stabilité

Le rapport annuel de l'Agence de la biomédecine fait le bilan de l'ensemble des activités encadrées par l'Agence. En ce qui concerne l'activité d'assistance médicale à la procréation (AMP), les données sont recueillies à partir des rapports annuels d'activité transmis par les centres d'AMP. Les principaux enseignements publiés dans le dernier bilan pour l'année 2007 sont les suivants :

- L'activité d'AMP reste globalement stable entre 2002 et 2007 avec, pour l'année 2007, 54 618 tentatives d'inséminations artificielles et 51 846 tentatives de fécondations in vitro (FIV).
- Sur les 817 911 enfants nés en France en 2007 selon l'INSEE, 20 657 enfants sont nés à la suite d'une AMP (soit 2,5%).
- L'AMP en intraconjugal est majoritaire dans la prise en charge des couples avec 94% de l'activité. L'activité d'assistance médicale à la procréation faisant appel à un don de spermatozoïdes ou d'ovocytes représente 6% de la totalité de l'activité en France chaque année. Parmi les enfants issus d'une AMP, 1 enfant sur 500 est né suite à un don.

Tentatives	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Inséminations artificielles	50 674	54 600	54 726	57 777	54 179	54 618
FIV	21 557	21 704	21 806	21 635	20 558	20 387
FIV avec ICSI	25 222	26 303	28 443	30 049	30 602	31 947
TEC ³	10 957	11 474	12 303	13 539	14 310	15 104
TOTAL	108 410	114 081	117 278	123 000	119 649	122 056

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Enfants nés vivants	15 962	16 765	18 314	19 026	20 042	20 657

Des règles de bonnes pratiques communes à tous les centres

L'Agence de la biomédecine a pour objectif d'améliorer la prise en charge des couples en France en leur offrant le meilleur niveau de sécurité et de qualité possible quelque soit le centre d'AMP auquel ils s'adressent. Elle élabore et fait évoluer avec les professionnels de santé les recommandations et les règles de bonnes pratiques. Ces référentiels représentent un véritable guide de qualité et de sécurité des pratiques sur lesquelles les équipes pluridisciplinaires peuvent s'appuyer pour mettre en place la prise en charge la mieux adaptée à chaque couple.

³ TEC : Transfert d'embryons congelés

Le registre FIV : mieux comprendre les parcours des couples pour gagner en efficacité

Dans le cadre de sa mission d'évaluation des pratiques, l'Agence met en place un registre national des fécondations in vitro pour recueillir de façon exhaustive des données relatives au couple et au déroulement des tentatives de FIV afin d'analyser son parcours en AMP.⁴

L'évaluation de cette activité prend en compte l'ensemble des facteurs liés:

- à la femme (âge, consommation de tabac, facteurs d'infécondité,...)
- à l'homme (consommation de tabac, facteurs d'infécondité,...)
- à la tentative elle-même (rang de la tentative, origine des spermatozoïdes et des ovocytes, technique utilisée, qualité des embryons...grossesses et naissances)
- résultats des tentatives

A terme, cette évaluation permettra de connaître le parcours de soins d'un couple donné, sur plusieurs années, tentative par tentative, dans différents centres le cas échéant et de proposer des recommandations en vue de l'amélioration de la pratique clinique au bénéfice des patients.

L'AMP vigilance : améliorer la sécurité des pratiques

Afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, l'Agence de la biomédecine a mis en place un dispositif de veille : l'AMP vigilance. Il a pour objet de recueillir tous les événements indésirables qui surviennent dans le cadre de l'AMP et de proposer des mesures correctrices ou préventives. L'engagement des centres d'AMP dans cette démarche de qualité et de sécurité des soins est important puisque la plupart des centres a désigné un correspondant local d'AMP vigilance et que près de 2 centres d'AMP sur 3 ont déjà déclaré au moins un événement indésirable.

En 2008, le premier bilan d'AMP vigilance a permis de déceler un total de 207 événements indésirables. A ce jour, les syndromes d'hyperstimulations ovariennes représentent 50 % des déclarations d'AMP vigilance.

Halte aux idées reçues !

« Grâce aux données transmises par les centres d'AMP à l'Agence, il est facile de comparer les centres entre eux »

Faux. Le recueil et l'analyse des données sont destinés en premier lieu à l'amélioration de la prise en charge des patients. Les rapports d'activité des centres transmis à l'Agence ne permettent pas d'évaluer les centres car ils ne tiennent pas compte des informations propres à chaque couple qui représentent pourtant le facteur de succès essentiel (âge, cause de l'infertilité, parcours suivi...).

Le registre des FIV, qui contient ces informations n'a pas pour objectif de comparer les centres eux et mais bien d'améliorer globalement la qualité des pratiques. À termes, en revanche, les chiffres du registre des FIV permettront de dégager une moyenne générale et chaque centre pourra se situer par rapport à cette moyenne.

⁴ L'Agence a collaboré avec l'association professionnelle FIVNAT qui a constitué le premier registre épidémiologique au monde.

Fiche 4 - Les 10 questions les plus fréquemment posées sur l'AMP par les couples

Les questions des couples sur l'AMP sont nombreuses. Quand doit-on consulter ? Quelles sont les démarches à suivre pour accéder à une AMP ? Qui a droit à cette médecine ? Voici un recueil des questions les plus fréquentes et des réponses également délivrées dans le guide d'information sur l'AMP.

Quand consulter lorsque bébé ne vient pas ?

La règle souvent énoncée en la matière est celle des deux ans d'essai avant d'envisager l'AMP. La probabilité pour un couple de concevoir les deux premières années est très forte. Cependant, cette règle des deux ans varie en fonction du contexte : s'il elle est valable dans le cas d'un couple jeune sans antécédent particulier, il s'agira au contraire de consulter plus précocement si une pathologie est connue au sein du couple, si la femme a plus de 35 ans (âge à partir duquel la fertilité féminine diminue fortement) ou en cas d'antécédents familiaux.

Quelles démarches faire lorsque bébé ne vient pas ?

Le gynécologue ou le médecin traitant est l'interlocuteur privilégié. Il est à même de répondre aux diverses questions que se posent les couples et de prescrire les examens nécessaires au bilan d'infertilité. Ainsi, il pourra proposer une prise en charge en AMP adapté à chaque couple. Pour toute question, un site internet est mis à disposition du public : www.procreationmedicale.fr.

Quelles sont les conditions pour s'engager dans une procédure d'AMP ?

Le couple (un homme et une femme) doit être en âge de procréer, marié ou en mesure de justifier d'au moins deux ans de vie commune. C'est une condition exigée par la loi.

La mise en oeuvre de l'AMP est indiquée lorsque le couple se trouve confronté à une infertilité médicalement constatée ou pour éviter la transmission d'une maladie grave à l'enfant ou à l'un des membres du couple. Elle se pratique dans des établissements autorisés pour ces activités.

Combien ça coûte ?

Aujourd'hui, l'assurance maladie prend en charge, après accord préalable, les cycles d'AMP avec un maximum de 6 inséminations artificielles et quatre tentatives de fécondations in vitro avec ou sans micromanipulation, jusqu'aux 42 ans révolus de la femme⁵. La meilleure solution est de poser la question au médecin en charge de l'AMP et à sa mutuelle afin de connaître sa participation.

Peut-on recourir à une AMP lorsque l'infertilité reste inexplicée ?

Les infertilités qui restent inexplicées, malgré un bilan complet, concernent environ 10 à 20 % des couples ayant des difficultés à concevoir un enfant. En ce cas, l'équipe médicale peut proposer au couple une insémination artificielle ou une FIV. En 2002, 20 % des FIV classiques et 14 % des ICSI ont été réalisées pour des infertilités sans cause décelable⁶. En outre, dans le cas d'une infertilité inexplicée, la FIV peut également jouer un rôle diagnostique. Il arrive en effet que l'on découvre au cours de la procédure des anomalies passées jusque-là inaperçues (comme, par exemple, des spermatozoïdes non féconds malgré des résultats d'examen apparemment normaux, ou des ovules anormaux).

L'AMP a-t-elle des conséquences sur la santé de l'enfant à naître ?

Avec un recul de plus de 20 ans concernant la fécondation in vitro et de plus de 15 ans pour la technique de l'ICSI, aucune étude n'a montré de conséquences sur la santé des enfants différentes que lors d'une grossesse naturelle. Le seul risque démontré est qu'il y a un peu plus d'enfants prématurés chez les bébés conçus par FIV que dans la population générale (9 % contre 6%), car les mères sont en

⁵ Décision du 11 mars 2005 de l'Union nationale des caisses d'assurances maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie

⁶ Source registre FIVNAT

moyenne plus âgées. Cependant, le médecin en charge de suivre la grossesse connaît ces risques et redouble de vigilance sur ce point.

Quels sont les taux de réussite d'AMP ?

En termes de taux de réussite, les chiffres varient d'une situation à l'autre. Les taux de grossesse et d'accouchement par technique sont à disposition du public dans le rapport annuel de l'Agence de la biomédecine, téléchargeable à partir du site Internet : www.agence-biomedecine.fr. On peut cependant constater que :

- En 2007, plus de 5 300 enfants ont été conçus suite à une insémination artificielle en intraconjugale et 825 avec des spermatozoïdes de donneur. Les chances de grossesse sont de 12,4% en intraconjugale et de 12,6% avec des spermatozoïdes de donneur.
- En 2007, 11 967 enfants sont nés après une fécondation in vitro en intraconjugale. En intraconjugale, les chances de grossesse sont d'environ 24,5 % pour une FIV classique et d'environ 25,9% pour une FIV avec micro-injection de spermatozoïde dans l'ovocyte (ICSI).

Quelle technique d'AMP est la plus efficace ?

Il n'y a pas de technique plus efficace qu'une autre mais des choix adaptés en fonction de la situation du couple. Le choix d'une technique d'AMP dépend de la cause de l'infertilité et de l'histoire du couple. C'est la raison pour laquelle un bilan médical, concernant à la fois l'homme et la femme, est systématiquement réalisé avant toute décision d'AMP. Au terme de ce bilan, le couple se verra proposer la solution la plus adaptée à sa situation. Par exemple, en cas de troubles de l'ovulation chez la femme, le premier traitement proposé sera souvent, non pas une AMP, mais une stimulation des ovaires à l'aide de médicaments. Si l'infertilité est liée à une anomalie empêchant la rencontre des spermatozoïdes avec l'ovocyte, le couple se verra plutôt dirigé vers une FIV. Si la femme présente une anomalie du col de l'utérus, on s'orientera plus volontiers vers une insémination artificielle. En cas d'infertilité masculine sévère, le recours à une ICSI sera souvent proposée d'emblée. Ainsi, aucune technique ne s'avère plus efficace que l'autre, cela dépend entièrement des causes de l'infertilité.

Concrètement, comment se déroule une procédure d'AMP (tests, RDV, prises de sang...) ? Et est-ce contraignant ?

L'homme et la femme sont concernés par l'exploration de l'infertilité. De manière générale, après un examen clinique, le médecin prescrit au couple les examens les plus simples et les moins invasifs avant d'envisager des examens plus sophistiqués si nécessaire.

Concernant le couple, le test de Hühner (ou post-coïtal) est un des premiers examens à faire. Il est le plus simple et le moins invasif. Effectué après un rapport sexuel, il permet de s'assurer que les spermatozoïdes remontent bien dans l'utérus au moment de l'ovulation.

Concernant la femme, la durée et la régularité de ses cycles menstruels sont analysées. Le médecin vérifie également que les ovaires et l'utérus ne présentent pas d'anomalies, que les ovaires fonctionnent normalement et que rien n'empêche la rencontre entre les spermatozoïdes et l'ovocyte.

Concernant l'homme, l'examen du spermogramme permet d'analyser et de connaître les caractéristiques des spermatozoïdes : leur nombre, leur mobilité, leur aspect (présence d'anomalies du spermatozoïde). On vérifie également que le sperme ne présente pas d'infection. Un test de migration et de survie des spermatozoïdes complète le spermogramme.

Que faire après l'échec d'une tentative d'AMP ?

Le développement des techniques d'AMP a suscité un immense espoir pour les couples infertiles. Cependant, l'AMP n'est pas une solution miracle et la médecine ne peut pas tout. L'échec est toujours possible et il faut l'envisager avec les couples dès le commencement du parcours d'AMP. Les couples peuvent s'ils le souhaitent demander de l'aide auprès du psychologue ou du psychiatre du centre d'AMP. Le recours à un psychologue ne remet pas en cause la procédure d'AMP.

PARTIE II

« VIVRE L'AMP AU SEIN D'UN COUPLE : ENTRE DOUTES ET ESPOIRS »

Fiche 1 - L'AMP : une épreuve physique et psychologique pour le couple

L'AMP n'est pas une simple affaire de technique ou de laboratoire. C'est une médecine qui met en jeu des histoires de couple. Pour les couples en démarche d'AMP, le constat de l'infertilité est une épreuve qui peut faire ressurgir des sentiments plus profonds. Elle révèle la blessure liée directement à l'infertilité mais aussi d'autres blessures qui peuvent jouer un rôle dans l'infertilité. La douleur que ressent le couple lors de l'annonce de l'infertilité ne se manifeste pas de la même façon que l'on soit un homme ou une femme. Le couple peut, à n'importe quel moment de son parcours d'AMP s'il en ressent le besoin, demander à rencontrer un psychologue ou un psychiatre du centre où il est suivi sans que cela ne remette en cause son parcours.

Le couple face à l'infertilité : une blessure commune

Les couples qui vont être amenés à s'engager dans un processus d'AMP doivent faire face à un premier échec : celui de leur infertilité. Grâce à la médicalisation, il s'agit alors de maîtriser un corps perçu comme rebelle à la fécondation. Bien souvent, l'annonce d'une infertilité entraîne des réactions proche de celle d'un deuil ou de l'annonce d'une maladie grave : incrédulité, parfois même déni, recherche désespérée d'une cause, révolte, jalousie, culpabilité pour finir au bout d'un temps plus au moins long par une acceptation douloureuse. Selon Sylvie Epelboin, médecin co-responsable du centre de FIV de Bichat Claude Bernard à Paris : « Il y a une véritable violence dans l'annonce de l'infertilité, dont les mots sont souvent vécus comme dévalorisants ». Face à l'annonce de l'infertilité, les hommes et les femmes ne ressentent pas la même chose. Les femmes sont dominées par un sentiment d'urgence car leur délai de procréation est plus court que celui des hommes. Après 40 ans, les chances de naissance d'un enfant vivant et en bonne santé sont de moins de 10%. » Une étude⁷ montre également que les femmes seraient psychologiquement plus affectées que les hommes par leur infertilité. Mais ne s'agit-il pas plutôt d'une différence d'expression face à la question de la procréation ? Selon Monique Jaoul, psychologue au Centre clinique de psychothérapie et dans le service d'AMP du CHI de Poissy - St Germain : « On peut dire que la douleur d'infertilité est différente chez l'homme et la femme. L'impact de l'infertilité et la souffrance qui en résulte doivent être envisagés en fonction du conflit œdipien chez l'homme comme chez la femme ».

L'AMP du côté des femmes⁸

- **Les femmes face à l'infertilité : la douleur de l'incomplétude**

A côté de la déception de ne pas recevoir cet enfant, il y a en deçà une blessure plus souterraine : ne pas pouvoir revivre la fusion mère-enfant expérimentée par la femme au début de sa vie lorsqu'elle était enfant. En suivant Monique Bydlowski on peut dire que l'enfant sera toujours celui qui manque à l'appel pour venir combler tous les chagrins et toutes les blessures de la vie. C'est la douleur de cette incomplétude chez la femme qui tient la plus grande place, à côté de la douleur de ne pouvoir s'accomplir comme mère, du regard social, du couple parfois menacé, des amalgames fréquents au sein de la population entre fécondité, féminité et jeunesse...

- **La place de la femme en AMP : une situation parfois incongrue**

L'AMP est une situation rare en médecine dans laquelle on peut traiter une personne pour la pathologie de l'autre. Quelle que soit la pathologie d'origine, c'est la femme qui reçoit les traitements. Elles sont donc au

⁷ Daniluk étudie par questionnaire l'impact émotionnel de l'infertilité sur le plan individuel et conjugal sur 63 couples infertiles. Les femmes ont un score plus élevé au questionnaire évaluant la dépression. Elles semblent plus affectées que les hommes par l'infertilité. Daniluk JC. Infertility : intrapersonal and interpersonal impact. Fertil Steril 1988;49.

⁸ 14ème Journées de la FFER (Clermont-Ferrand, 18-20 novembre 2009), Jaoul M., Molina Gomes D., Albert M., Bailly M., Bergere M., Selva J., Prise en charge psychologique des échecs de procréation, au masculin : une blessure peut en cacher une autre.

⁹ Bydlowski M. Les enfants du désir O. Jacob, 2008

cœur des traitements. Lorsque l'infertilité est d'origine masculine, les femmes sont mises en situation de devoir "réparer" l'infertilité de l'homme.

- **L'expression du vécu de l'AMP du côté des femmes**

Les femmes parlent plus volontiers de leur souffrance. Leur souffrance est audible. Elles parlent aussi de celle de leur conjoint mais dont elles ont du mal à accepter la faillibilité, en particulier lorsqu'elles restent fixées à un amour oedipien pour un père idéalisé.

La plainte est toujours la même : devant un compagnon souvent silencieux, elles expriment leur déception, voire leur colère : elles se sentent seules, abandonnées par leur conjoint qui ne semble pas comprendre leur état de désespoir et se cantonne à manifester un optimisme sans faille « Ça va marcher, ça sera pour la prochaine fois... », supportant mal les larmes et les moments de découragement. Cette position de force inébranlable augmente leur sentiment d'être les seules à souffrir et amène une grande frustration dans le couple. Elles reprochent souvent à leur conjoint d'être insensible à leur douleur mais elles ont du mal à se laisser consoler.

L'AMP du côté des hommes⁹

- **Les hommes face à l'infertilité: le non-règlement de la dette de vie**

Pour l'homme, il s'agit de témoigner de sa virilité à travers la survenue d'une grossesse de sa compagne. Son assurance narcissique est assurée par sa sexualité. La stérilité était, jusqu'au développement des techniques d'AMP, généralement attribuée aux femmes. La stérilité masculine reste encore difficilement avouable pour l'homme infertile, en particulier à son père. Chez l'homme, l'impossibilité à devenir père peut signifier la réalisation de la menace de castration redoutée dans l'enfance, issue des désirs incestueux du petit garçon pour sa mère : se débarrasser du père pour prendre sa place auprès de la mère. Cette lecture psychodynamique éclaire les sentiments de culpabilité et d'impuissance, le questionnement sur la virilité, le secret par rapport au père de l'existence de l'infertilité, soulignés par de nombreux acteurs. Mais, au-delà d'une blessure narcissique qui résulte de l'angoisse de castration, c'est aussi la souffrance de ne pouvoir donner un petit enfant à ses parents, de ne pouvoir régler sa dette envers son père dont il est question.

- **La place de l'homme en AMP : un sentiment d'isolement**

L'homme peut se sentir isolé ou à l'écart dans le parcours d'AMP, les femmes étant au cœur des techniques médicales mises en œuvre. Il se perçoit comme un "simple" pourvoyeur de spermatozoïdes. Qu'il soit ou non responsable de l'infertilité du couple, il se sent souvent coupable de faire subir les différents traitements médicaux à sa conjointe. Un soutien psychologique peut s'avérer nécessaire.

- **AMP : Une difficulté à dire leur souffrance**

Dans de nombreux cas, la souffrance est partagée et crée du lien bénéfique au sein du couple. Mais bien souvent aussi, plus la douleur de la blessure féminine s'exprime lors de consultations avec un psychologue, plus l'homme s'efface dans son fauteuil, sans réponse à ce déferlement de griefs. Sa souffrance et sa tristesse sont tangibles, ce qui échappe le plus souvent à sa compagne, toute à sa douleur. Lorsque la parole leur est donnée, en prenant soin de passer par l'entremise de leur femme pour rétablir une circulation dans le couple : « Que pensez-vous que votre mari éprouve en ce moment ? », ils arrivent, dans le cadre sécurisant de l'entretien, à la grande surprise de leur compagne, à évoquer leur sentiment de détresse et d'impuissance face à la violence de ce chagrin et à l'impossibilité de trouver une réponse qui vienne l'apaiser. Les hommes, qui sont déjà « marginalisés » dans le processus d'assistance à la procréation impliquant majoritairement la femme, se sentent inutiles, incompétents et se réfugient souvent dans le travail, ce qui augmente le sentiment d'abandon de leur femme. Le cercle vicieux de l'incompréhension s'installe, mettant le couple en difficulté. Cette problématique du couple se retrouve, que l'homme soit ou non « responsable » de l'infertilité.

⁹ 14ème Journées de la FFER (Clermont-Ferrand, 18-20 novembre 2009), « Prise en charge psychologique des échecs de procréation, au masculin : une blessure peut en cacher une autre ». M.Jaoul, D.Molina Gomes, M.Albert, M.Bailly, M.Bergere, J.Selva.

Un accompagnement psychologique proposé en AMP

Dans toutes les étapes de la prise en charge, y compris au-delà de la naissance de l'enfant, les couples peuvent faire part de leurs questionnements, doutes et angoisses au médecin, à un psychologue ou à un psychiatre du centre où ils sont suivis. Selon Joëlle Belaisch-Allart, médecin Chef du service de gynécologie obstétrique et reproduction humaine de Sèvres et responsable du Centre d'AMP, l'ensemble des équipes des centres participent au soutien psychologique : « Du médecin en passant par la secrétaire, chaque personnel des centres a sa part de prise en charge et de soutien à apporter aux patients ».

Pour Sylvie Epelboin, « les équipes pluridisciplinaires sont très impliquées auprès des couples. La diversité des intervenants est très importante car elle permet une autre parole que celle uniquement fondée sur le médical ». Trop souvent, les couples refusent dans un premier temps l'aide psychologique qui leur est proposée par méconnaissance de cette discipline. Ils l'acceptent ou en font la demande quand la relation de confiance est établie. Ils perçoivent cette consultation comme un examen de passage. Ils craignent que le bien-fondé de leur démarche ne soit remis en cause. Pourtant le couple en démarche d'AMP va devoir faire face à des épreuves et à des sentiments parfois difficiles à porter. Selon Sylvie Epelboin : « L'aspect psychologique dans un parcours d'AMP est important mais les propositions de consultation avec un psychologue doivent se faire au cas par cas. Le médecin du centre doit jouer ce rôle de détecteur pour déclencher la consultation vers le psychologue et aider les couples à comprendre leurs émotions ».

Halte aux idées reçues

«La consultation auprès d'un psychologue dans un centre d'AMP est faite pour valider la démarche d'AMP d'un couple.»

Faux. Le soutien psychologique proposé dans les centres d'AMP n'est pas obligatoire mais est proposé aux couples s'ils en ressentent le besoin. Il peut parfois s'avérer nécessaire lorsque les couples sont en souffrance. Trop souvent, ils préfèrent refuser cette consultation au début de la démarche d'AMP et attendent d'être en échec répété pour y avoir recours. Les couples redoutent d'être jugés et de voir leur projet remis en cause. La psychologie est un traitement de l'âme qui vient en complément des techniques d'AMP pour aider le couple dans son projet parental.

Fiche 2 – AMP : la vie du couple au quotidien

Apprendre que l'on a besoin d'une AMP pour avoir un enfant est une nouvelle importante dans la vie d'un couple, parfois bouleversante. Une fois le diagnostic de l'infertilité posé, les traitements qui en découlent vont perturber non seulement la vie sociale mais aussi leur vie affective et sexuelle.

Concilier AMP et vie professionnelle

- **Comment s'organiser pendant cette période ?**

La stimulation ovarienne chez la femme est particulièrement contraignante, notamment du fait des injections quotidiennes, des prises de sang et des échographies. Les rendez-vous sont nombreux. Ils ne sont pas fixés longtemps à l'avance et certains peuvent être modifiés au dernier moment. C'est probablement la principale difficulté de gestion de l'emploi du temps. Selon Sylvie Epelboin, co-responsable du Centre de FIV, Bichat Claude Bernard, Paris : « Les femmes doivent se rendre plus disponibles du fait des différents examens médicaux réalisés sur elles. Généralement, les hommes participent aux tentatives même si parfois les femmes viennent seules en essayant de protéger les hommes. A ce sujet, les mentalités ont évolué car on voit de moins en moins de femmes seules et de plus en plus de couples. C'est aussi le souhait des professionnels ».

- **L'activité professionnelle peut continuer**

Un arrêt de travail n'est pas systématiquement proposé. Les patientes peuvent demander une attestation de présence, qui ne laisse pas deviner le motif de la consultation, pour l'employeur. Pour la stimulation en particulier, il faut privilégier une période professionnelle plus calme ou prendre quelques jours de congés si cela est possible. Selon Sylvie Epelboin : « Certaines femmes peuvent se sentir en réelles difficultés professionnelles en raison de leurs absences répétées dues aux traitements. ».

- **Préserver le couple en AMP**

Les femmes étant au cœur de la démarche, elles peuvent ressentir une certaine solitude. Les hommes, quant à eux, ont parfois tendance à se sentir un peu à l'écart. Le stress et l'angoisse peuvent être, dans certains cas, sources de tensions au sein du couple. Pour Sylvie Epelboin « Une des façons d'aider le couple à être solidaire, c'est de présenter le parcours en AMP comme un projet commun qui va traiter la pathologie du couple. Quelle que soit l'origine de l'infertilité, l'idée est de rétablir un équilibre et de réunir le couple autour de ce projet. Cela évite les sentiments de culpabilité chez un des conjoints. ». Pour Monique Jaoul, psychologue au Centre clinique de psychothérapie et dans le service d'AMP du CHI de Poissy-St Germain : « Pour les femmes en AMP, la grossesse devient l'unique projet. Je leur conseille d'essayer de se ressourcer ailleurs. Il faut qu'elles acceptent d'avancer et qu'elles ne s'arrêtent pas de vivre. Il faut savoir faire des pauses et ne pas tout sacrifier au suivi de l'AMP dans la vie de tous les jours. C'est important pour préserver le couple ».

- **AMP et vie sexuelle**

L'équipe médicale peut demander un timing très cadré pour les rapports sexuels avant certains examens et parfois une abstinence qui ne doit d'ailleurs pas dépasser quelques jours. Cela peut entraîner des difficultés dans la sexualité du couple. Selon Sylvie Epelboin : « La sexualité des couples en AMP n'est pas évidente et peut s'user car la finalité devient uniquement procréative. Il faut parfois les aider sans non plus fixer une "stratégie" rigide d'où tout romantisme serait exclu, car on se rend compte que souvent la sexualité est assez faible. Les incompatibilités d'agenda, les cycles longs chez certaines femmes réduisent les chances de voir une grossesse se réaliser ». Une étude¹⁰ a montré que des difficultés apparaissent dans le couple après l'annonce de l'infertilité. Elles sont d'ordre sexuel dans 20% des cas. La moitié des hommes, à qui on apprend une anomalie du sperme, présente des difficultés érectiles transitoires à l'annonce de l'infertilité.

¹⁰ Rogiers L. La grossesse incertaine, PUF ; 2003. Mimoun S. Les multiples interactions entre l'infertilité et la sexualité. *Contra Fert Sex* 1993. Ohl J, Fernandes A, et al. Impact de l'infertilité et de l'assistance médicale à la procréation sur la sexualité. *Gyn Obst Fert* 2009;37:25-32.

Lorsque les couples sont en FIV, ils retrouvent souvent une meilleure sexualité car la responsabilité d'une grossesse éventuelle ne repose pas que sur eux. Là aussi, un accompagnement psychologique peut aider à passer ce cap.

- **L'AMP : un sujet parfois difficile à aborder avec son entourage**

« Lorsque les couples en AMP décident d'aborder leur parcours avec leur entourage, je tente de les aider à trouver la bonne distance avec leur entourage et le bon moment pour en parler ou pas » insiste Monique Jaoul. «Les femmes éprouvent parfois des difficultés à en parler avec leur mère: soit du fait d'une relation par trop teinté d'ambivalence soit qu'elles aient le sentiment de revenir à une relation trop proche" et de perdre leur autonomie acquise dans leur vie de femmes adultes. Là aussi, il faut savoir trouver la bonne distance pour que cet échange se passe bien ». Du côté des hommes, l'étude de GeorgesDavid montre que dans seulement 20 % des cas l'entourage familial et amical est informé de l'origine masculine de l'infertilité »¹¹.

Informé l'entourage de son parcours en AMP représente des avantages mais aussi des inconvénients dont il faut avoir conscience. Pour Sylvie Epelboin : « Si le regard et le soutien affectueux des proches est important, le couple peut se retrouver parfois dans la situation de celui qui console la famille après l'échec d'une tentative. Nous apprenons aux couples à se protéger de leur environnement même bienveillant. En effet, l'entourage peut parfois entamer la confiance des couples concernant les techniques d'AMP utilisées ou le centre d'AMP par des commentaires négatifs ou des conseils inappropriés».

¹¹ David G. L'importance d'être père. Revue Fr. des affaires sociales. Pères et paternité : n° hors série ; 1988

Partie III :

**« AMP : une prise en charge qui peut faire appel
à la solidarité »**

Fiche 1 - Quels sont les couples qui ont besoin d'un don de spermatozoïdes ou d'ovocytes ?

L'activité d'AMP faisant appel à un don de spermatozoïdes ou d'ovocytes représente 6% de la totalité de l'activité en France chaque année. Parmi les enfants nés à la suite d'une AMP en 2007, 5,6% sont issus d'un don de spermatozoïdes et 0,6% d'un don d'ovocytes. Parmi les enfants de la population générale, près d'un enfant sur 500 a pu naître grâce à un don.¹²

Les indications pour recevoir un don d'ovocytes ou de spermatozoïdes

En cas d'infertilité de l'un des membres du couple, un don de spermatozoïdes ou d'ovocytes peut être envisagé. Il représente la seule chance de vivre une grossesse et de donner naissance à un enfant.

Les principales situations posant l'indication d'une AMP avec don sont les suivantes :

- L'un des conjoints n'a pas naturellement de spermatozoïdes ou d'ovocytes ;
- Les spermatozoïdes ou les ovocytes présentent des anomalies ;
- Pour le soigner d'une maladie grave, l'un des conjoints a subi un traitement qui a détruit ses spermatozoïdes ou ses ovocytes.

Les dons de spermatozoïdes ou d'ovocytes peuvent également être destinés à des couples risquant de transmettre une maladie génétique grave à l'enfant.

Le couple receveur (un homme et une femme) doit être en âge de procréer et marié ou justifié au moins de deux ans de vie commune.

En cas de recours à un don dans le cadre d'une assistance médicale à la procréation, le couple doit préalablement donner son consentement au juge ou au notaire, qui lui délivre une information préalable sur les règles de filiation qui s'appliquent.

La prise en charge du couple receveur lors d'un don

Le couple ayant besoin d'un don est pris en charge tout au long de son parcours d'AMP par une équipe pluridisciplinaire du centre d'AMP composée notamment de cliniciens, biologistes et psychologues. Dans la mesure du possible, l'attribution des spermatozoïdes ou des ovocytes tient compte des caractères physiques principaux des donneurs et du couple receveur (ethnie, couleur de la peau, yeux, cheveux...) et du groupe sanguin. Concernant le coût de ce don, il est pris en charge par l'assurance maladie à 100% au titre de l'infertilité du couple.

• Le don d'ovocytes

Le don d'ovocytes nécessite obligatoirement une fécondation in vitro. Le recueil du sperme du conjoint se fait le jour du prélèvement des ovocytes de la donneuse. Dans certains cas, le sperme peut être recueilli préalablement et conservé par congélation. La receveuse reçoit un traitement hormonal pour préparer son utérus à recevoir le ou les embryons issus de la fécondation in vitro des ovocytes de la donneuse et des spermatozoïdes de son conjoint. Les embryons restants non transférés sont congelés.

• Le don de spermatozoïdes

Pour le don de spermatozoïdes, toutes les techniques d'AMP sont réalisables. Le choix de la technique dépend du bilan de la femme au sein du couple receveur. Les couples adressés à un centre de conservation du sperme sont reçus par un médecin lors d'un entretien approfondi qui permet d'expliquer au couple les modalités du don de spermatozoïdes et de l'inscrire en liste d'attente. C'est aussi l'occasion pour le couple de poser toutes les questions sur le don et, s'il le souhaite, de prendre rendez-vous avec le psychologue du centre. L'AMP est programmée lorsqu'un donneur est identifié

¹² Rapport d'activité 2008 de l'Agence de la biomédecine

pour le couple. En amont de l'AMP, la femme reçoit en général un traitement hormonal. En vue de la tentative, en accord avec le centre de conservation du sperme et le gynécologue, l'homme vient chercher la ou les paillettes contenant les spermatozoïdes, et, en fonction de la technique d'AMP choisie, il les dépose au cabinet du gynécologue ou au laboratoire d'AMP autorisé pour les préparer avant l'insémination artificielle ou la fécondation in vitro.

L'AMP avec don de spermatozoïdes ou d'ovocytes représente 6% de l'activité

On observe une légère tendance à la hausse du nombre de ponctions de donneuses d'ovocytes qui passe de 168 en 2005 à 247 en 2007. Cependant, malgré cette légère hausse, les besoins ne sont pas couverts. En effet, près de 1 300 couples étaient en attente d'un don d'ovocytes au 31 décembre 2007. Pour résorber la liste d'attente des couples demandeurs, il aurait fallu 700 donneuses en 2007.

Le don de spermatozoïdes doit faire face à certaines difficultés d'appariement plutôt qu'à un manque global de donneurs. Selon leur origine, certains couples peuvent rencontrer des délais d'attente plus importants du fait des difficultés des centres à trouver un donneur leur correspondant (caractéristiques physique et groupe sanguin). Le nombre de donneurs recrutés en 2007 s'élève à 232. Selon une estimation, 9 couples receveurs peuvent bénéficier d'un don de spermatozoïdes pour chaque donneur recruté en 2007. On constate par ailleurs que le profil des donneurs de spermatozoïdes s'est élargi. Depuis peu, le recrutement des donneurs dépasse l'entourage des couples infertiles et des donneurs se présentent spontanément.

Halte aux idées reçues !

« En France, on peut choisir son donneur »

Faux. En France, le don d'ovocytes ou de spermatozoïdes comme tous les dons d'éléments du corps humain est encadré par la loi de bioéthique. Il repose sur le principe de l'anonymat et de la gratuité. Donneurs et receveurs ne peuvent donc connaître leurs identités respectives. En revanche, et dans la mesure du possible, l'attribution des spermatozoïdes ou des ovocytes tient compte des caractères physiques principaux des donneurs et du couple receveur (ethnie, couleur de la peau, yeux et cheveux...) et du groupe sanguin.

Fiche 2 - Profils de donneurs : qui peut donner pour aider des couples infertiles et comment ?

L'anonymat, la gratuité et le consentement sont les grands principes sur lesquels repose le don.

3 grands principes régissent le don

En France, le don d'ovocytes ou de spermatozoïdes, comme tous les dons d'éléments du corps humain, sont encadrés par la loi de bioéthique du 6 août 2004. Le don est réalisé dans des centres autorisés et est soumis aux principes suivants :

- [**Le don est volontaire.** Il est réalisé librement et sans pression d'aucune sorte. Le donneur ou la donneuses sont informés par le médecin des modalités de prise en charge et de la technique mise en œuvre (en particulier les risques et contraintes du traitement hormonal et du prélèvement des ovocytes). Les donneurs signent un consentement sur lequel ils peuvent revenir à tout moment et ce jusqu'à l'utilisation des gamètes. S'ils vivent en couple, leur conjoint signe également un consentement.

- [**Le don est gratuit.** La loi interdit toute rémunération en contrepartie du don d'ovocytes ou de spermatozoïdes. Toutefois, les donneurs bénéficient de la prise en charge des frais occasionnés par le don.

- [**Le don est anonyme.** Donneurs et receveurs ne peuvent connaître leurs identités respectives. La loi limite le nombre d'enfants issus du don d'ovocytes ou de spermatozoïdes d'un seul et même donneur à 10. Les probabilités de consanguinité pour les générations futures sont donc statistiquement infimes. La loi dit aussi qu'aucune filiation ne pourra être établie entre l'enfant issu du don et le donneur. Cet enfant est celui du couple qui l'a désiré, sa famille, celle dans laquelle il est né.

Les conditions pour être donneur.

Pour pouvoir faire un don d'ovocytes ou de spermatozoïdes, la donneuse ou le donneur doit être en bonne santé et déjà parent. Il est recommandé que la donneuse soit âgée de moins de 37 ans et que le donneur ait moins de 45 ans. Avant tout don, l'état de santé, la fertilité et les motivations du donneur sont définis grâce à :

- un bilan d'évaluation de la fertilité ;
- une étude génétique (consultation, caryotype) ;
- des tests sanitaires initiaux et de contrôle (VIH, hépatites...) ;
- un entretien psychologique.

La prise en charge des donneurs tout au long de leur parcours

À toutes les étapes du don, les membres de l'équipe médicale sont à la disposition du donneur et éventuellement de son conjoint pour répondre à leurs questions.

- **En amont du don**, le donneur et éventuellement son conjoint peuvent aborder toutes les questions relatives au don, y compris l'ensemble des modalités pratiques comme la contraception. Le don n'étant pas un geste facile pour tous, le donneur ou la donneuse et son conjoint peuvent rencontrer le psychologue ou le psychiatre du centre pour échanger librement sur le sujet. Ce temps de parole est propice à la réflexion sur la démarche du don dans un cadre neutre (ni famille, ni amis) et personnalisé. Cet entretien peut être renouvelé à la demande.

Le don de spermatozoïdes ou d'ovocytes fait appel à un sentiment archaïque qui est celui de l'entraide pour répondre à un problème de souffrance humaine. Concernant le don d'ovocytes, il n'y a pas de profils types de donneuses. Selon le Dr Eva Weil : « Nous avons pu constater, pour les donneuses d'ovocytes, que ce qui déclenche cette solidarité est bien souvent l'identification rétrospective à la femme stérile. Elles ont conscience d'avoir eu de la chance d'avoir des enfants et se projettent avec effroi sur celles qui ne peuvent pas en avoir ». En ce qui concerne le don de spermatozoïdes, on constate une évolution chez le profil des donneurs. Le recrutement des donneurs s'est élargi au-delà de l'entourage proche des couples infertiles et comprend désormais des hommes qui s'engagent sans pour autant être en contact avec un couple infertile.

- **Concernant le don d'ovocytes**, la donneuse reçoit un traitement hormonal afin de stimuler ses ovocytes. 3 à 4 prises de sang et/ou échographies ovariennes permettent d'évaluer la bonne réponse au traitement. La stimulation est ainsi adaptée au fur et à mesure. Le prélèvement des ovocytes a lieu au cours d'une hospitalisation de jour, 35 à 36 heures après la dernière injection. Il s'effectue par voie vaginale sous contrôle échographique et sous analgésie ou anesthésie. La donneuse peut ensuite quitter l'hôpital, à condition d'être accompagnée. A l'issue du don, l'équipe médicale et paramédicale propose à la donneuse un suivi de son état de santé. Elle doit, comme toutes les autres femmes, consulter régulièrement un médecin pour son suivi gynécologique.
- **Concernant le recueil de spermatozoïdes**, le donneur est accueilli par un personnel habitué au don, qui met tout en œuvre pour que tout se passe simplement et discrètement. Le donneur est pris en charge par une équipe médicale pluridisciplinaire, consciente de la particularité de ce don et à la disposition du donneur tout au long de son parcours. Le recueil des spermatozoïdes s'effectue par masturbation dans une salle prévue à cet effet et garantissant une totale intimité du donneur. Le donneur peut, s'il le souhaite, venir accompagné.

Halte aux idées reçues

« Le don d'ovocytes peut entraîner une ménopause précoce »

Faux. Les données disponibles à ce jour montrent que les traitements liés au don d'ovocytes n'ont pas de conséquences à long terme. Ils ne diminuent pas les chances de grossesses ultérieures et n'avancent pas l'âge de la ménopause ».

Fiche 3 - Un nouveau dispositif d'information pour promouvoir le don de gamètes

Dans le cadre de sa mission d'information, l'Agence de la biomédecine poursuit en 2010 son action pédagogique sur l'AMP, avec comme objectif de développer une connaissance juste et précise des pratiques qu'elle recouvre. Elle souhaite également inscrire le don de gamètes comme composante à part entière de l'AMP et informer sur ce don méconnu qui permet chaque année à des centaines de couples d'être parents.



Dans son nouveau dispositif d'information sur le don d'ovocytes et de spermatozoïdes, l'Agence a choisi de s'adresser en priorité aux parents de jeunes enfants qui ont pu expérimenter récemment l'impatience, voire la crainte de ne pas pouvoir être parent. Pour sensibiliser ce public au don, l'Agence de la biomédecine a transmis début février 2010 aux gynécologues et aux pédiatres une affiche signée « Parfois, le désir d'enfants ne suffit pas pour être parents » qu'ils peuvent apposer dans leur salle d'attente.

Le détournement de l'imaginaire des contes de fées et la signature « Parfois, le désir d'enfants ne suffit pas pour être parents » rappellent aux donneurs potentiels que le succès du projet parental n'est pas garanti par le désir unique de devenir parents. Cette signature a pour objectif de favoriser la projection et la solidarité envers les couples infertiles, conditions essentielles pour déclencher l'acte du don. Selon le Dr Eva Weil,

psychanalyste : « Nous avons pu constater, pour les donneuses d'ovocytes, que ce qui déclenche cette solidarité est bien souvent l'identification rétrospective à la femme stérile. Elles ont conscience d'avoir eu la chance d'avoir des enfants et se projettent avec effroi sur celles qui ne peuvent pas en avoir ».

L'affiche oriente le public souhaitant s'informer sur le don de spermatozoïdes ou d'ovocytes vers :

- Les sites de référence développés par l'Agence de la biomédecine : **www.dondespermatozoides.fr** et **www.dondovocytes.fr**. Une priorité de ces sites est de développer la connaissance du public sur ces actes de générosité souvent méconnus, ou entachés de représentations fausses. Ils s'adressent aux hommes de 18 à 45 ans et aux femmes de 18 à 37 ans ayant déjà au moins un enfant. Des guides d'informations sur le don d'ovocytes et de spermatozoïdes sont proposés en téléchargement.
- Le numéro vert gratuit : **0 800 541 541**. Des télé-conseillers répondent aux questions du public sur ce sujet (appels gratuits du lundi au vendredi de 8h à 20h et le samedi de 9h à 12h et de 14h30 à 18h).

L'affiche est également déclinée en format bannière Internet. Ces bannières sont diffusées sur les médias en ligne grand public fréquentés par les parents de jeunes enfants en février et mars 2010.